

Щеглов Э.А., Алонцева Н.Н.

ПРОТОКОЛ СТАРТОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН

*Петрозаводский государственный
университет,
Больница скорой медицинской помощи,
г. Петрозаводск, Российская Федерация*

Актуальность. Хирург, назначающий антикоагулянты пациенту с тромбозом глубоких вен (ТГВ), всегда стоит перед дилеммой оценки риска венозного тромбозомболического осложнения и риска массивного кровотечения. Только соблюдение баланса между этими рисками позволяет врачу оказать пациенту необходимую помощь и не вызвать смертельное осложнение.

Одним из частых видов кровотечений являются кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или гастро-дуоденальные кровотечения (ГДК). Частота их составляет 50-150 тысяч случаев на 100 000 населения в год. ГДК составляют примерно 90% всех случаев кровотечений из ЖКТ. Летальность при них остается достаточно высокой и составляет 8-10%. Наиболее частой причиной (35-53%) ГДК составляют эрозивно-язвенные поражения желудка и 12-перстной кишки. К другим частым причинам можно отнести острые язвы на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов, кровотечения, вызванные опухолью желудка. Проведение антикоагулянтной терапии таким пациентам снижает возможность остановки кровотечения консервативными или эндоскопическими методами. Возрастает частота хирургических операций, что в свою очередь, увеличивает риск венозных тромбозомболических осложнений и формирует порочный круг, зачастую приводящий к летальному исходу.

Все вышесказанное вынудило нас рассмотреть вопрос об объеме диагностического исследования пациентов, госпитализированных по поводу ТГВ. Мы предлагаем включить в минимальный объем исследования таких пациентов фиброгастроудоденоскопию (ФГДС), выполняемую по срочным показаниям в течение первых 6 часов с момента госпитализации пациента.

Цель. Снижение риска гастроудоденальных кровотечений при назначении антикоагулянтной терапии пациентам с тромбозом глубоких вен.

Материал и методы. За 3 года с 01.01.2011 по 31.12.2014 года в хирургическом отделении № 1 ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» г. Петрозаводска, Республика Карелия было пролечено 696 пациентов с диагнозом ТГВ нижних конечностей. Возраст пациентов колебался от 29 до 83 лет, средний возраст составил $63,4 \pm 5,2$ года. Мужчин было 401 (57,6 %), женщин 295 (42,4 %). Из сопутствующей патологии чаще всего отмечалось наличие ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сахарного диабета.

Всем пациентам при поступлении для верификации диагноза ТГВ выполнялось ультразву-

ковое ангиосканирование вен нижних конечностей. Исследование выполнялось в пределах 1 часа от момента обращения пациента, во время его нахождения в приемном отделении. Сразу после верификации диагноза ТГВ пациенту назначались инъекции низкомолекулярного гепарина или нефракционированного гепарина. В дальнейшем пациентам проводилась терапия антагонистами витамина К или ривароксабаном (ксарелто). В течение 6 часов с момента обращения пациента, ему выполнялась ФГДС. Подавляющему большинству пациентов исследование выполнялось в течение 1-го часа в приемном покое. Основанием для переноса исследования на более поздние сроки являлся факт употребления пищи в течение последних 6 часов до момента обращения. В таких случаях исследование выполнялось после завершения 6-ти часового «голодного» промежутка. Другим основанием для отсроченного выполнения ФГДС было ухудшение течения сопутствующего заболевания, например, гипертонический криз, когда исследование выполнялось после снижения уровня артериального давления. Исследование было выполнено 693 (99,6 %) пациентам. 3 (0,4 %) пациентов от исследования отказались, что было документально оформлено в истории болезни.

Результаты и обсуждение. В результате выполнения ФГДС нами были получены следующие данные. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения была выявлена у 44 (6,3%) пациентов. Острые язвы и эрозии слизистой желудка и 12-перстной кишки — у 161 (23,1%) пациентов. Полипы желудка — у 42 (6,0%) пациентов. Хронический гастрит вне обострения — у 257 (36,9%), с обострением — у 84 (12,1%) пациентов. Другие заболевания у 59 (8,5%) пациентов. Только у 49 (7,0%) пациентов при исследовании не было выявлено патологии пищевода, желудка и 12-перстной кишки. Это еще раз подтверждает факт высокого распространения патологии верхних отделов ЖКТ. Причем особенно настораживает тот факт, что из 289 пациентов, у которых была выявлена острая или обострение хронической патологии верхних отделов ЖКТ, только 127 (43,9%) пациентов при опросе дежурного хирурга предъявляли характерные жалобы, позволяющие заподозрить такую патологию. У остальных это заболевание протекало асимптомно либо его симптомы маскировались вследствие акцента пациента на основную патологию. Всем пациентам, у которых была выявлена острая или обострение хронической патологии верхних отделов ЖКТ была назначена антисекреторная терапия препаратом из группы ингибиторов протонной помпы. Предпочтение отдавалось омепразолу в дозе 20 мг х 2 раза в сутки с последующим выполнением контрольной ФГДС. В результате активной тактики, направленной на выявление сопутствующей патологии верхних отделов ЖКТ у пациентов с ТГВ и ее лечение, за три года не было отмечено ни одного случая клинически значимого ГДК.

В одном случае было допущено отступление от вышеуказанной тактики. У пациента ТГВ возник во время нахождения в больнице по поводу

скелетной травмы. В связи со сложностями транспортировки пациента на исследование, ФГДС ему выполнена не была, но и терапия омепразолом ему так же не назначалась. Пациент получал препарат из группы низкомолекулярных гепаринов в стандартной лечебной дозе, у него развилось ГДК из острой язвы желудка, закончившееся летальным исходом.

Выводы. 1. Срочная фиброгастродуоденоскопия должна входить в протокол исследования пациентов, которым планируется антикоагулянтная терапия. 2. При выявлении острой или обострения хронической патологии необходимо назначить пациенту омепразол в дозе 20 мг х 2 раза в сутки. 3. Соблюдение данных правил может значительно снизить риск гастро-дуоденальных кровотечений у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию по поводу тромбоза глубоких вен.

*Янушко В.А., Турлюк Д.В., Климчук И.П.,
Хрыщанович В.Я., Калинин С.С.,
Комиссаров В.В.*

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ФЛЕБОТРОМБОЗА В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

*Республиканский научно-практический
центр «Кардиология»,
4-я городская клиническая
больница им. Н.Е. Савченко,
Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Эмболоопасный флеботромбоз в системе нижней полой вены, осложненный острой венозной недостаточностью, является серьезной проблемой современной сосудистой хирургии. Несмотря на значительное количество публикаций, научно обоснованных руководств и внедрение в клиническую практику современных методов лечения, проблема предупреждения ТЭЛА и снижения частоты и тяжести посттромботической болезни остается до конца нерешенной. В частности, вопросы, связанные с показаниями к системному тромболизису, наиболее приемлемым режимом антикоагулянтной терапии, а также с улучшением методов хирургического лечения, остаются до конца неопределенными.

Цель. Провести анализ частоты осложнений флеботромбоза в системе нижней полой вены, связанного с эмболоопасной флотацией и острой венозной недостаточностью, провести анализ эффективности хирургического лечения для предупреждения ТЭЛА и системного тромболизиса при венозной флегмазии.

Материал и методы. Проведен анализ 176 случаев заболевания тромбозом глубоких вен (ТГВ) в отделении сосудистой хирургии УЗ «4-я ГКБ им. Н.Е. Савченко» в 2013-2014гг. и в отделении осложненной сосудистой хирургии УЗ «4-я ГКБ им. Н.Е. Савченко» в 2014г. Из 176 пациентов

55% были мужчины, 45% - женщины. В возрасте меньше 40 лет были 16% пациентов, 41-50 лет - 21%, 51-60 лет - 30%, 61-70 лет - 10%, старше 70 лет - 23%. У 27% пациентов был диагностирован ТГВ с флотацией тромба, у 3% пациентов ТГВ был осложнен венозной флегмазией. В 70% случаев было проведено консервативное лечение, в 25% - хирургическое и консервативное лечение, в 2% выполнена имплантация кава-фильтра, в 3% - системный тромболизис. В 22 случаях выполнено лигирование вены, в 20 - тромбэктомия с лигированием вены, в 2 случаях - пликация вены.

Результаты и обсуждение. В результате анализа был подтвержден высокий процент осложнений венозного тромбоза в системе нижней полой вены эмболоопасной флотацией тромба, при этом хирургическое лечение остается надежным методом предупреждения ТЭЛА. Необходимо отметить, что лигирование вены в проксимальном отделе нижней конечности в послеоперационном периоде с высокой частотой приводит к возникновению посттромботической болезни (ПТБ). В связи с этим, необходимо усовершенствовать методы хирургического лечения для снижения частоты и тяжести ПТБ в послеоперационном периоде. У пациентов с флеботромбозом, осложненным венозной флегмазией, применялся системный тромболизис. Стоит отметить, что в 4 случаях из пяти проявление симптомов заболевания, таких как болевой синдром, выраженный отек, гиперемия кожных покровов, снизилось непосредственно после проведения процедуры системного тромболизиса, а при выполнении ультразвукового исследования вен ног на следующий день после процедуры тромболизиса наблюдалось снижение распространения тромбоза и наличие реканализации тромба во всех 5 случаях.

Выводы. Лигирование глубоких вен при эмболоопасном ТГВ нижних конечностей является надежным методом предупреждения ТЭЛА, но с высокой частотой вызывает ПТБ в послеоперационном периоде, что наталкивает на совершенствование методов хирургического лечения ТГВ. Системный тромболизис остается актуальным и надежным методом лечения распространенного ТГВ нижних конечностей с острой венозной недостаточностью.

*Shilenok D., Madsen C.P., Jepsen J.M.,
Hoilund K.C., Christensen J.K., Vieja R.L.,
Serifi M.A., Gesla J.*

КАТЕТЕРНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ИЛИОФЕМОРАЛЬНОГО ТРОМБОЗА В ДАНИИ

CATHETER-DIRECTED THROMBOLYSIS FOR TREATMENT OF ACUTE VEN ILIACO-FEMORAL TROMBOSIS IN DENMARK

*Department of Vascular Surgery,
Department of Radiology,
Kolding Hospital,
Kolding, Denmark*

Актуальность. Тромбоз глубоких вен в ни-